

LE RACHITISME

N° 39

DIFFICULTÉ DE SON DIAGNOSTIC SES FORMES FRUSTES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Février 1899

PAR

Joseph SAUZE

Né à Saint-Barthélemy-de-Séchilienne (Isère)

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE GRENOBLE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (✱) ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✱).

Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DÜBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examineurs de la Thèse

MM. BAUMEL, <i>président.</i>	MM. BROUSSE, <i>agrégé.</i>
RODET, <i>professeur.</i>	RAUZIER, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible témoignage
de reconnaissance et d'affection.*

A TOUS MES PARENTS

J. SAUZE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

ADJOINT AU MAIRE DE MONTPELLIER

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A TOUS MES MAÎTRES

J. SAUZE.

AVANT-PROPOS

Il est d'usage que l'étudiant en médecine qui est sur le point de terminer ses études écrive, sur une question intéressant une des diverses branches de l'art de guérir, une thèse qui soit le couronnement final des études. C'est pour nous conformer à cette règle, que nous avons entrepris ce travail sur le diagnostic du rachitisme ; ses difficultés et formes frustes. Certes, d'autres, plus autorisés que nous, nous ont devancé dans l'étude du rachitisme ; mais il nous a semblé que les auteurs qui s'étaient occupés de cette affection n'avaient pas assez mis en relief les difficultés auxquelles se heurte parfois le médecin, en présence de certains malades atteints de rachitisme ; car, s'il est des cas où le diagnostic s'impose, il en est d'autres où la maladie demande, pour être dépistée, beaucoup d'expérience et d'attention.

C'est à M. le professeur Baumel que nous devons l'idée première et la direction générale de ce travail. Nous nous estimerions heureux, si nous avions pu rendre ici sa pensée. Il accepte aujourd'hui la présidence de notre thèse. Nous sentons vivement le prix de l'honneur qu'il nous fait. Nous lui en exprimons toute notre gratitude.

Avant d'entrer en matière, il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui de remercier nos parents et nos Maî-

tres. Nous le faisons bien volontiers, non pour nous conformer à un usage anciennement établi, mais bien pour obéir à un sentiment tout naturel. C'est grâce au dévouement sans bornes, à l'affection inaltérable des premiers, qu'il nous a été donné de mener à bonne fin nos études. Les mots sont impuissants pour leur exprimer notre reconnaissance. Quand aux seconds, ils nous ont prodigué leur science et leur talent ; leur enseignement nous sera d'un précieux secours dans notre pratique journalière. Et qu'il nous soit permis d'adresser une mention toute particulière à nos anciens Maîtres et anciens Chefs de service de l'Ecole de médecine et de l'hôpital de Grenoble, qui, pendant les trois premières années de nos études, nous ont guidé dans l'art de guérir. Nous avons nommé MM. les docteurs Allard, Bordier, Berlioz, Deschamps, Flandrin, Girard, Pegoud, Perriol et Porte.

Enfin, n'oublions pas d'adresser une mention à tous les bons camarades que nous avons connus pendant nos études et, en particulier, à notre bon ami Plaussu. Les heures de travail que nous avons passées avec lui nous ont été des plus profitables.

LE RACHITISME

DIFFICULTÉ DE SON DIAGNOSTIC

SES FORMES FRUSTES

MARCHE GÉNÉRALE ET DIVERSES FORMES

DU RACHITISME

Quoique nous n'ayons pas l'intention de faire, dans notre travail, la description complète du rachitisme, et que notre but soit surtout de mettre en relief les cas où le diagnostic de cette maladie peut donner lieu à des erreurs, nous croyons cependant utile d'indiquer très brièvement les symptômes, les localisations diverses et la marche générale de cette maladie, si fréquente dans le jeune âge (90 0/0 des enfants nouveau-nés en Espagne).

Chez les enfants du premier âge, le rachitisme est presque toujours annoncé par des phénomènes gastro-intestinaux (digestions difficiles et laborieuses, constipation). Le développement des altérations osseuses s'accompagne de douleurs

vives, qui immobilisent les membres de l'enfant et lui font pousser des cris, lorsqu'il veut se remuer ou qu'on lui imprime des mouvements.

Pour Guérin, les déformations commencent par les jambes, puis par le fémur, pour gagner les os de l'avant-bras, du tronc et du crâne. Pour d'autres (d'Espine et Picot), les lésions sont, au contraire, descendantes. Sur les os longs, les déformations rachitiques apparaissent au niveau des épiphyses, qui se gonflent et se nouent, tandis que la diaphyse subit une courbure plus ou moins marquée. Le bassin se rétrécit, tandis que la colonne vertébrale s'incurve en avant. Du côté du thorax apparaissent des nouures au niveau de l'insertion des cartilages costaux sur les côtes ; en même temps l'extrémité antérieure des côtes et le sternum sont projetés en avant. Du côté du crâne, on note une augmentation de volume portant le plus souvent sur des points limités. Les sutures sont larges et les fontanelles persistent longtemps.

Lorsqu'au lieu de se développer chez l'enfant du premier âge, le rachitisme est plus tardif, au lieu de douleurs, on a une sensation de fatigue avec tendance invincible au repos.

Il est évident que lorsque le rachitisme suit la marche classique que nous venons d'étudier et se présente avec son cortège de déformations très nettes (incurvations, nouures) aux différents points que nous avons cités, le diagnostic n'est pas difficile. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le rachitisme peut ne frapper qu'un de ces points, et le diagnostic avec d'autres affections devient parfois difficile. Il peut, tout en se généralisant, ne faire qu'effleurer les organes sur lesquels il s'est fixé et y produire des lésions peu appréciables pour un médecin inexpérimenté. Enfin, le rachitisme peut exister à l'état latent, ne se manifester que par un retard de la dentition, la persistance de la grande fontanelle, par exemple, tout autant de signes qui n'attirent pas l'attention des parents, mais que

le praticien, averti de la fréquence du rachitisme, doit rechercher.

Nous serons donc naturellement amené, dans notre travail, après avoir fait l'historique de la question que nous traitons, à étudier, dans une première partie, les formes atténuées, les formes frustes du rachitisme, et, dans une deuxième partie, le diagnostic du rachitisme dans ses diverses manifestations sur les membres, la tête et le thorax.

HISTORIQUE

Le nom du médecin anglais Glisson domine toute l'histoire du rachitisme. Bien que Baylard, s'appuyant pour cela sur des textes anciens, prétende dans sa thèse que le rachitisme a existé dès la plus haute antiquité, il n'en est pas moins vrai que c'est Glisson qui a le premier décrit cette affection dans un rapport qui lui avait été demandé par le collège des médecins de Londres sur « un mal jusque-là inconnu qui se répandit en Angleterre dans la première moitié du XVII^{me} siècle ». Le travail de Glisson restera comme un modèle de clarté et de précision. Aussi, dans un travail sur le rachitisme, on ne saurait oublier Glisson.

Depuis lors de nombreux auteurs se sont occupés de cette maladie. Mais nous ne retiendrons que ceux qui ont contribué à élucider le point de vue particulier où nous nous sommes placé, c'est-à-dire les formes frustes et le diagnostic du rachitisme.

Après Glisson, Portal embrouilla singulièrement la question en décrivant sept formes de rachitisme et en confondant avec le rachitisme des affections scrofuleuses, rhumatismales et surtout syphilitiques.

Mais, au XIX^{me} siècle, des travaux importants sont venus apporter plus de clarté dans cette question. C'est d'abord Guérin, qui, dans ses recherches sur le rachitisme chez les

enfants (*Gazette médicale de Paris*, 1834 à 1839), indique les affections avec lesquelles cette maladie peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Roger, étudiant les moyens de diagnostiquer le rachitisme céphalique de l'hydrocéphalie, attribue une grande valeur diagnostique au souffle perçu au niveau de la grande fontanelle.

Baylard, dans sa thèse (Paris 1852) faite sous l'inspiration de Trousseau, thèse aujourd'hui classique, a écrit un bon chapitre sur le diagnostic du rachitisme et insiste particulièrement sur les différences qui séparent la syphilis osseuse héréditaire et les lésions rachitiques des membres.

Trousseau, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu (tome III, 5^me édition), avec la clarté qui caractérise toutes les œuvres de cet admirable génie, écrit d'excellentes choses sur le diagnostic du rachitisme avec certaines des affections avec lesquelles on peut le confondre.

Il met le médecin en garde contre le rachitisme latent, qui demande à être recherché et fait de la persistance de la grande fontanelle un signe pathognomonique de ce rachitisme latent.

Il y aurait long à écrire, si l'on voulait seulement citer le nom des auteurs qui se sont depuis lors occupés de la question, soit dans des articles de journaux scientifiques, ou des communications à des sociétés médicales ; mais nous ne devons pas passer sous silence certains d'entre eux.

Parrot, qui dans ses *Études sur le rachitisme*, a beaucoup contribué à faciliter le diagnostic de cette affection, a cependant forcé la note, lorsqu'il a regardé le rachitisme comme étant toujours une manifestation de la syphilis : « Aujourd'hui, dit-il, je suis convaincu que tous les cas de rachitis relèvent d'une source unique : la syphilis héréditaire. Toutefois j'y insiste et pour donner plus de valeur à mon dire, cette manière

de voir que les faits cliniques et anatomo-pathologiques confirment chaque jour ne s'est imposée que lentement à mon esprit ». Parrot, commettant de nouveau l'erreur de Portal, confond les lésions syphilitiques et rachitiques des os. Parrot est de bonne foi ; car, dans le milieu où il exerçait, le nombre des syphilitiques était considérable ; et l'élève qui a publié les travaux du Maître, tout en étant très respectueux pour sa mémoire, reconnaît que Parrot a exagéré. Mais Parrot a du moins eu le mérite de bien faire connaître le mécanisme de l'impotence fonctionnelle des membres dans les lésions rachitiques et syphilitiques et à la distinguer de la paralysie vraie.

En réaction contre Parrot, Fournier et Lannelongue (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, 1881, tome XXX) établissent clairement les différences qui existent entre le rachitisme limité aux membres inférieurs et la syphilis héréditaire osseuse.

Nicati (*Revue mensuelle*, 1879) étudie les lésions dentaires du rachitisme et montre qu'elles peuvent être à elles seules l'indice d'un rachitisme latent.

En Allemagne, Baginski fait également, en 1881, un travail très intéressant sur la question qui nous occupe.

Dans leurs ouvrages classiques, d'Espine et Picot (*Maladies de l'Enfance*, 1894) Comby et Marfan (*Traité des maladies de l'Enfance*, 1897) ont également écrit sur le diagnostic et sur les formes frustes et latentes du rachitisme des chapitres que nous avons consultés avec le plus grand fruit.

Enfin n'oublions pas M. le professeur Baumel, qui, dans ses cliniques ainsi que dans son rapport sur la Géographie du rachitisme fait au Congrès international de Moscou, n'a pas peu contribué à élucider le sujet qui fait aujourd'hui l'objet de notre thèse.

DES FORMES FRUSTES DU RACHITISME

Une maladie comme le rachitisme, où le traitement rapidement institué peut amener la guérison et empêcher des déformations qui rendront les pauvres malades qui en sont atteints impotents pour toute leur vie, des déformations qui chez la femme pourront causer les accidents les plus graves au moment de l'accouchement, demande à être diagnostiquée le plus vite possible. Or il est bien des cas où un examen attentif du médecin aurait pu empêcher des désordres ultérieurs irremédiables. Le rachitisme, en effet, se montre, bien plus souvent qu'on ne le croit, dès le jeune âge à l'état pour ainsi dire latent, sous des formes frustes. Ce sont ces formes frustes, trop souvent méconnues, qu'il faut que le médecin s'exerce à bien reconnaître s'il ne veut pas s'exposer à des déboires, et, ce qui est pis, aux reproches que sa conscience lui infligera.

C'est dans la marche de l'évolution dentaire, dans l'état de la fontanelle antérieure, dans la forme des dents que nous trouverons des indications précieuses de rachitisme latent. Enfin, du côté des membres, on peut observer des déformations tellement légères, s'étant installées si sournoisement, que l'attention des parents, pas plus que celle du médecin, n'a été mise en éveil.

Le médecin est très souvent consulté par les familles pour des enfants dont l'évolution dentaire est retardée. Eh bien ! ce seul signe doit lui faire penser au rachitisme, car presque toujours, pour ne pas dire toujours, ce retard dans l'apparition

des dents est un indice de la maladie, bien que les enfants pour lesquels le praticien est consulté ne présentent absolument aucun autre symptôme. Le rachitisme est latent, il couve, menaçant sous la cendre, n'attendant que l'occasion propice pour causer des ravages bien plus considérables.

...*Hæret lateri letalis arundo.*

Parrot a beaucoup insisté, et beaucoup d'autres cliniciens avec lui, sur l'importance de ce signe. Il n'est pas de semaine où M. le professeur Baumel ne nous le fasse constater au lit des malades. Il est donc une formule que les praticiens devraient bien se graver dans la mémoire : traiter comme rachitiques tous les enfants en retard dans l'évolution dentaire, et par évolution dentaire, je n'entends pas parler seulement de l'apparition des dents de lait, mais encore de l'apparition des dents de remplacement ; ils ne s'en repentiront jamais, et on se repent souvent, dans ces conditions, de n'avoir pas traité ou d'avoir traité trop tard.

Je tiens à placer ici quelques observations qui, plus que tout ce que nous pourrions dire, nous montreront bien la grande valeur qu'il faut attacher à ce retard de l'évolution dentaire.

Observation Première

(Personnelle).

Il y a quelque temps, je fus consulté par une famille de L.-V. (Isère), pour un enfant de 10 mois, qui n'avait encore mis aucune dent.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant n'a jamais été malade. Notons seulement que, dès l'âge de 5 mois, on lui a donné des aliments solides.

L'enfant, très bien constitué d'ailleurs, joufflu et d'un beau teint rose, ne pleure jamais, au dire de la mère ; il est gai et paraît intelligent.

L'examen attentif du cœur et du poumon ne fait déceler aucun phénomène morbide appréciable.

Les membres ne sont pas douloureux, ne présentent aucun gonflement, aucune déformation.

Le thorax ne présente rien de particulier.

La fontanelle antérieure est normale.

En présence de cette absence de symptômes, n'étant, d'autre part, pas mis en garde comme je le suis à présent, sur l'importance du retard de l'évolution dentaire dans le diagnostic du rachitisme latent, j'avoue que je ne sus trop à quoi attribuer ce retard.

Mais, cinq ou six mois après, cet enfant a présenté, au niveau des membres inférieurs, des nouures et des déformations qui ne laissent plus aucun doute sur la nature de la maladie ; il a été traité comme rachitique par mon ami le docteur Bertrand, de Domène.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle nous montre combien on peut être mis en garde longtemps avant l'éclosion de la maladie et instituer le traitement convenable. Je regrette de ne l'avoir pas prise en détail, mais je me rappelle suffisamment bien ce cas dans ses grandes lignes, pour qu'il n'ait rien perdu de son importance.

Observation II

Consultations externes et clinique des maladies des enfants

(Service de M. le professeur Baumel).

Louise B..., 2 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'affection indéterminée. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — A eu de l'eczéma du cuir chevelu à l'âge de 8 mois. Notons qu'elle a été en partie élevée au biberon. Depuis huit jours elle tousse et est amenée, pour cette cause, à la consultation du lundi 30 janvier 1899.

L'examen du thorax fait reconnaître des signes de bronchite légère. Rien au cœur.

L'examen de la bouche fait immédiatement constater une particularité sur laquelle la mère n'a nullement attiré l'attention ; c'est que cette enfant, quoique âgée de 2 ans, ne présente encore que les deux incisives médianes inférieures. Ces dents, au dire de la mère, n'ont apparu qu'à l'âge de 15 mois.

La mère, soigneusement interrogée, nous apprend que son enfant a éprouvé, il y a deux mois, de la difficulté de la marche, mais ce phénomène, toujours au dire de la mère, n'a pas été bien marqué.

L'attention de l'interne chargé ce jour-là de la consultation externe, M. Grégoire, ayant été dirigée dans le sens du rachitisme, conformément à l'enseignement de M. le professeur Baumel, il ne fut pas difficile de trouver une légère courbure de la crête tibiale et un peu d'aplatissement de la paroi latérale gauche du thorax, ce qui indiquait suffisamment à quelle maladie on avait affaire.

Nous constatons donc, dans cette observation, que, jusqu'à l'âge de 18 mois, époque à laquelle la mère s'est aperçue d'un peu de difficulté dans la marche de son enfant, le rachitisme ne s'était manifesté que par le retard de l'évolution dentaire.

Mais cette observation est intéressante encore à un autre point de vue. C'est que bien que l'enfant présente des déformations, nous n'avons pas eu avant leur apparition ces phénomènes prémonitoires que tous les classiques décrivent : douleurs vives, impossibilité de la marche, troubles gastro-intestinaux, fièvre. Ici rien de tout cela, simplement une légère difficulté de la marche, dont la mère ne nous parlait même pas

et à laquelle elle n'avait pas attaché grande attention. C'est dire combien les déformations osseuses peuvent s'installer insidieusement.

Après le retard de l'évolution dentaire, le signe le plus important de rachitisme latent c'est la persistance de la grande fontanelle : « Ce fait de la persistance de la grande fontanelle, dit Trousseau, a, pour moi, une grande signification, *et à défaut d'autres*, quand je le rencontre à la fin de la deuxième année ou au-delà, il me paraît un trait caractéristique ».

Ainsi, pour Trousseau, la persistance de la grande fontanelle au-delà de deux ans est un signe presque pathognomonique du rachitisme. Sans être aussi affirmatif que Trousseau et tout en reconnaissant que des enfants qui ont présenté ce symptôme n'ont jamais eu, par la suite, d'autres manifestations pouvant faire songer au rachitisme, nous devons reconnaître que son importance diagnostique a la plus grande valeur et nous avons eu bien souvent l'occasion de le constater.

A plus forte raison, lorsque ce symptôme est uni au précédent, pouvons-nous, en l'absence d'autres manifestations du rachitisme, poser le diagnostic de cette maladie.

L'observation suivante fera ressortir l'importance que l'on doit attacher à la persistance de la grande fontanelle dans le diagnostic du rachitisme latent.

Observation III

Consultations externes et Clinique des maladies des enfants
(Service de M. le professeur Baumel)

Georges a 3 ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. La mère présente un peu de rachitisme du membre inférieur droit.

Antécédents personnels. — La mère étant mauvaise nour-

rice, l'enfant a été en partie élevé au biberon et a mangé de très bonne heure des aliments solides. L'évolution dentaire a été considérablement retardée. Les premières dents n'ont apparu qu'à 13 mois. Il a eu la djarrhée verte à 6 mois.

Cet enfant est depuis quelques jours mal en train ; il est constipé et vomit. Les membres inférieurs sont faibles et l'enfant refuse de marcher. Le malade pousse des cris lorsqu'on essaye de lui faire mouvoir les jambes.

Examen. — A la tête on constate que la grande fontanelle est largement ouverte ; près de la fontanelle on sent également que les sutures sont larges.

Au niveau du thorax on ne voit rien pouvant attirer l'attention.

Mais les membres inférieurs présentent, au niveau des tibias et surtout à gauche, des nouures de leur extrémité supérieure. Le tibia gauche présente une convexité externe.

Le diagnostic de rachitisme ne saurait faire de doute.

A 3 ans 1/2, notre petit malade a donc encore sa fontanelle largement ouverte, et c'est à cet âge que l'on voit apparaître le rachitisme bien constitué. Or, si nous admettons comme extrême limite de la fermeture de la fontanelle l'âge d'un an et demi, nous voyons donc que le rachitisme ne s'est manifesté pendant deux ans que par le retard de l'évolution dentaire et ensuite par cette persistance anormale de la fontanelle bregmatique.

Ceci prouve clairement que ces deux signes : le retard dans l'apparition des dents et la persistance de la fontanelle antérieure sont d'une importance capitale pour trouver le rachitisme latent chez les enfants.

Importants, ils le sont doublement, car ils peuvent être encore un précieux auxiliaire de diagnostic dans cette période du rachitisme bien déclaré où les symptômes généraux atti-

rent encore seuls l'attention. Qu'un enfant devienne triste, abattu ; qu'il présente de la pâleur ; qu'il se laisse aller sur les bras de sa nourrice ; qu'il toussse un peu et présente de la fièvre, le médecin peut, certes, penser au rachitisme ; mais il peut aussi se demander, anxieux, s'il n'assiste pas à l'éclosion d'une méningite ou d'une tuberculose, maladies presque fatalement mortelles. Eh bien, s'il trouve du retard dans l'évolution dentaire, la persistance de la fontanelle bregmatique, il sera en droit de songer plutôt au rachitisme et de porter un diagnostic pas si sombre que celui qu'entraîne la méningite ou la tuberculose.

Ces signes devront donc être recherchés chez tous les enfants présentant des phénomènes morbides. Le pronostic et le traitement y sont attachés.

Mais à côté de ces signes, il y en a encore un autre auquel M. le professeur Baumel attache beaucoup d'importance : c'est le mauvais état des dents chez les enfants dont la dentition s'est effectuée. Ces dents, qui deviennent noirâtres, qui s'effritent, sont bien souvent, en effet, l'indice d'un rachitisme pouvant ne se manifester encore par aucun autre symptôme. Nicati a bien étudié ces altérations dentaires : « Ce sont, dit-il, des érosions, des dépressions d'aspect noirâtre, au niveau desquelles on constate une absence plus ou moins complète d'émail et une disposition globulaire de l'ivoire. On distingue, parmi ces altérations, deux types principaux : 1° la dent en escalier ou dent sulciforme, et 2° la dent cannelée, caractérisée par trois cannelures parallèles à la surface et dont les extrémités aboutissent à trois érosions cupulaires. »

Nous avons emprunté à la thèse de M. Babeau (Montpellier, 1898) une observation qui met bien en évidence l'importance du mauvais état des dents dans le rachitisme.

Observation IV

(Résumée).

Thèse de M. Babeau, ex-aide de clinique de M. le professeur Baumel.

Louis B..., âgé de 2 ans 1/2, entré le 2 mars 1897 dans le service de M. Baumel.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Né à terme, alimentation au sein alternant avec l'alimentation par du lait de vache. Sevrage brusque à 13 mois. Pas de troubles gastro-intestinaux. A 8 mois évoluent les incisives médianes. A 17 mois on constate que ses dents, d'abord parfaitement blanches et absolument normales, noircissent, puis s'effritent et finissent par s'user jusqu'à la gencive.

Le 2 mars 1897, l'enfant est admis à l'hôpital. A ce moment il a 16 dents ou plutôt 16 débris de dents, car de ces dernières on ne retrouve plus que quelques fragments irréguliers pointant sur le rebord gingival.

Les membres supérieurs et inférieurs présentent des traces très nettes de rachitisme.

Le thorax est resserré en ceinture, avec un léger chapelet rachitique. Le ventre est gros et mesure 47 cm. à l'ombilic.

L'enfant ne marche pas. Mis au chariot, il ne peut se soutenir et s'affaisse.

3 avril 1897. — Les deuxièmes petites molaires évoluent ; elles sont de forme normale. L'enfant se tient au chariot et fait quelques pas.

4 mai 1898. — On constate que les quatre deuxièmes molaires sont cariées. Ainsi donc chez cet enfant, la première et pendant longtemps l'unique manifestation du rachitisme a été ce mauvais état des dents.

Ces symptômes que nous venons d'étudier, comme pouvant permettre de dévoiler de bonne heure les formes initiales, les formes frustes du rachitisme, il est un âge de l'enfant où ils correspondent encore à une évolution normale.

Dans ces cas, Fleischmann a décrit une déformation des maxillaires qui serait spéciale aux enfants rachitiques, se développerait de bonne heure chez eux et serait un bon moyen de diagnostiquer le rachitisme encore à l'état d'ébauche.

Nous n'avons, pour notre part, jamais constaté ces altérations et nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer la description qu'en donne Fleischmann. « La courbe formée par le maxillaire, de parabolique devient polygonale. La partie antérieure qui s'étend entre les deux canines forme une ligne presque droite au lieu d'être convexe en avant, d'où raccourcissement du diamètre médian antéro-postérieur de la courbe formée par l'os ; en même temps le bord alvéolaire est renversé en dedans. Le maxillaire supérieur présente un rétrécissement au niveau des insertions des apophyses zygomatiques et est repoussé en avant à partir de ces deux points ; la courbe générale de l'os, au lieu d'être régulièrement parabolique, ressemble à la coupe d'une poire à petite extrémité antérieure et le diamètre antéro-postérieur est agrandi. Souvent la voûte formée par les apophyses palatines présente un enfoncement au niveau du crâne ». Pour Fleischmann, ces déformations auraient une grande influence sur la première dentition et, quand elles persistent, sur la deuxième dentition. Quelques dents gênées par le manque de place sortent irrégulières et se placent l'une devant l'autre ; celles du maxillaire supérieur sont déjetées en dehors ; c'est le contraire pour les dents de la mâchoire inférieure.

Nous avons, jusqu'à présent, décrit des signes qui nous permettent de diagnostiquer le rachitisme latent, n'ayant pas encore pour ainsi dire évolué. Mais il ne faudrait pas croire que lorsque la maladie est bien déclarée, lorsque des lésions osseu-

ses ont été produites, la constatation du rachitisme ne fasse plus aucune difficulté.

Il y a des formes légères de rachitisme où la maladie s'installant insidieusement, sans ces symptômes à grands fracas, qui précèdent le plus souvent les déformations, où la maladie, se localisant sur un seul os, y produit des lésions tellement légères, qu'un examen superficiel, que la simple inspection n'arrivent pas à déceler, et qui pourraient très facilement passer inaperçues du médecin peu versé dans la pratique de la pédiatrie ; d'autant plus que, dans ces cas-là, les malades sont souvent joufflus, et que rien n'indique qu'ils sont atteints de la terrible maladie.

C'est surtout au niveau des membres que nous rencontrons ces formes légères. Certes, en présence d'un membre fortement dévié, présentant des nouures considérables, le diagnostic du rachitisme est l'enfance de l'art.

Mais bien plus difficiles à trouver sont ces incurvations légères, ces courbures presque inappréciables, ces bosselures parfois si peu marquées sur une face d'un os, ces simples courbures de l'arête des os. Ces signes, il est parfois délicat de les trouver, et il faut s'habituer à bien les reconnaître. M. le professeur Baumel recommande fort, dans ces cas, des moyens d'examen qui sont d'une précieuse utilité. Le premier consiste à suivre avec le doigt la crête d'un os dans toute sa longueur et les doigts placés à plat sur les faces osseuses aller et venir rapidement. Par ce moyen, on arrive aisément, avec un peu d'habitude, à trouver une courbure si légère soit-elle, une bosselure si peu marquée soit-elle. Les auteurs n'insistent pas assez sur ce moyen de diagnostic, beaucoup même ne le mentionnent pas. Un autre moyen excellent lorsqu'il s'agit des membres inférieurs consiste à rapprocher les deux jambes jusqu'à ce qu'elles soient en contact, et de cette façon, on pourra, grâce à la constatation du plus léger vide entre les deux membres, appré-

cier une incurvation que le simple examen aurait laissé passer sans la reconnaître.

Les faibles déformations que nous venons d'énumérer, il faut les rechercher, car elles vont souvent en s'accroissant et peuvent n'être que le prélude de déformations plus considérables, qui pourront être facilement évitées avec un traitement bien dirigé, grâce auquel « ces petits êtres destinés, comme le dit notre Maître M. le professeur Baumel dans ses *Cliniques des maladies des enfants*, à devenir des piliers d'hôpital, pourront, au contraire, se tenir debout et marcher comme les jeunes enfants de leur âge, sans se douter jamais de la terrible infirmité à laquelle ils ont été, pour un instant, infailliblement voués ».

Ces formes légères de rachitisme, localisé à un membre, on a bien plus souvent qu'on ne croit l'occasion de les trouver, et les observations suivantes seront, à ce sujet, des plus instructives.

Observation V

Consultations externes et Clinique des maladies des enfants

(Service de M. le professeur Baumel)

Julie B..., 15 mois, est amenée à la consultation externe le 30 janvier 1899.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — A été élevée au sein, mais de bonne heure, on lui a donné des petites soupes et même du pain trempé dans du chocolat.

Début de la maladie actuelle, il y a deux semaines.

L'enfant, qui jusque-là était bien portante, est devenue fatiguée, elle pleure et ne peut se tenir sur les bras de la mère ; elle commençait à marcher ; mais depuis le début de la maladie, l'enfant ne peut se tenir sur ses jambes. Enfin la mère a

remarqué qu'elle craignait par-dessus tout les mouvements des jambes.

Examen. — L'attention étant dirigée du côté du rachitisme on remarque que l'enfant présente un retard considérable dans l'évolution dentaire. Aucune dent n'est encore sortie ; cependant les incisives médianes inférieures tendent à percer. La fontanelle antérieure est largement ouverte. Rien au thorax.

Les membres supérieurs ne présentent rien de particulier. Les membres inférieurs sont douloureux ; l'enfant crie lorsqu'on les lui touche ; elle évite par dessus tout les mouvements ; si on essaye de la mettre par terre sur ses jambes, elle s'affaisse.

Au premier abord on ne remarque rien de bien anormal comme lésions ; ni saillie, ni déviation bien visible.

Mais si avec le doigt on parcourt dans toute sa longueur la crête du tibia gauche on a nettement la sensation d'une courbure de cette crête. A la partie supérieure du même os on trouve sur la face interne une bosselure très peu marquée demandant beaucoup d'attention pour être trouvée.

Le diagnostic du rachitisme ne saurait donc être mis en doute.

On ordonne l'eau de lactophosphate de chaux et une alimentation surveillée avec le lait comme base.

Observation VI

Clinique des maladies des enfants.

Service de M. le professeur Baumel.

Germaine C..., 15 jours. Entre à l'hôpital, le 1^{er} février.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu. Mère bien portante ne présentant pas de trace de syphilis.

Antécédents personnels. — Née au huitième mois. Depuis quelques jours pousse des cris ; tête mal.

Le 4 février, M. le professeur Baumel examine l'enfant.

La tête ne présente rien de particulier.

Le thorax est normal.

Au niveau des membres inférieurs l'inspection ne décèle rien de bien appréciable. Mais si avec le doigt on parcourt la crête du tibia droit on a manifestement la sensation d'une légère déviation de cette crête.

Le diagnostic de rachitisme est posé.

Le jeune âge de l'enfant qui fait le sujet de cette observation nous amène à dire quelques mots du rachitisme congénital que certains auteurs ont nié, mais que pour notre part, nous ne saurions mettre en doute.

Dans ses *Leçons cliniques*, 1893, M. le professeur Baumel cite le cas d'une enfant, qui, née d'une mère aliénée et rachitique, fut amenée à la Clinique le jour même de sa naissance présentant des déformations rachitiques. Ses jambes étaient incurvées en arrière.

Or si ce rachitisme peut se manifester dès la naissance de l'enfant par des déviations considérables, il est plus fréquent de le rencontrer sous ces formes peu appréciables, qui demandent à être soigneusement recherchées, car les légères lésions produites pourront progresser si une intervention du médecin ne vient pas les arrêter dans leur marche.

Au thorax ces formes légères de rachitisme dont nous avons parlé se rencontrent aussi. Nous préférons laisser leur étude pour le moment où nous étudierons le diagnostic de la forme thoracique du rachitisme, car ces légères ébauches comme nous le verrons, donnent quelquefois lieu à des erreurs de diagnostic avec d'autres maladies.

Il nous reste en dernier lieu, pour compléter l'étude des formes frustes du rachitisme, à dire quelques mots d'une manifestation sur laquelle M. Baumel attirait dernièrement notre attention ; c'est cette extrême ténuité des os avec allongement

parfois très considérable. Si le plus souvent, en effet, l'os rachitique est épaissi, dans d'autres cas il est extrêmement mince.

Pourquoi ? C'est un phénomène que nous ne saurions expliquer.

Dans la thèse de M. Babeau nous voyons signalée plusieurs fois cette minceur des os et notamment dans l'Observation II, M. Baumel a fait mouler les membres inférieurs d'une jeune fille rachitique (Catherine, *in Leçons cliniques*, 1893). Ces moulages, que le savant professeur de pédiatrie montre souvent à sa Clinique, sont des plus intéressants. Les membres, en effet, sont extrêmement grêles et allongés et contrastent bien avec ceux d'une autre jeune fille du même âge (4 ans 1/2), qui ont été également moulés et qui eux, au contraire, sont courts et volumineux.

Evidemment nous ne pouvons pas de la simple constatation d'os longs et grêles inférer qu'ils sont rachitiques ; mais dans certains cas ce signe est un bon phénomène de rachitisme peu apparent ; quand, par exemple, il coïncide avec une légère déviation ou quand il marche de pair avec un retard dans l'évolution dentaire, la persistance des fontanelles.

DIAGNOSTIC DES DIVERSES FORMES DE RACHITISME

MALADIES AVEC LESQUELLES ON PEUT LES CONFONDRE

Dans cette partie de notre travail, nous allons étudier successivement le diagnostic des manifestations du rachitisme sur les membres, sur le thorax, et enfin, sur la tête.

1^o Manifestations du rachitisme sur les membres.

Dans cette étude, nous commencerons par relater l'observation suivante, dont l'importance n'échappera certainement à personne.

Observation VII

Clinique des maladies des enfants
(Service de M. le professeur Baumel)

André Eym., des S. (Drôme), 22 mois, est envoyé à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Baumel, par son médecin traitant, avec le diagnostic de paralysie de la jambe droite. Une consultation de trois médecins a eu lieu dans la famille du malade et les trois praticiens ont incliné vers le diagnostic de paralysie, tout en reconnaissant qu'il y avait un léger degré de rachitisme.

Antécédents héréditaires. — Vu l'éloignement de la famille, nous n'avons pas pu avoir des renseignements sur les antécédents héréditaires du jeune malade.

Antécédents personnels. — Les antécédents personnels que nous avons pu avoir sont assez vagues. Nous savons seulement que le jeune André a eu, il y a quelque temps, la fièvre scarlatine, et que cette raison n'avait pas été pour peu dans le diagnostic posé de paralysie.

Nous avons soigneusement recherché les tares syphilitiques chez notre malade ; il n'y en a aucune ; la triade d'Hutchinson n'existe pas.

Examen du malade. — Le lendemain de son entrée à l'hôpital, M. le professeur Baumel procède à l'examen du jeune André Eym.

Disons tout de suite que les urines n'ont pas présenté la moindre trace d'albumine.

L'aspect du petit malade est un peu blafard. Il paraît triste.

L'auscultation décèle de gros râles de bronchite des deux côtés.

Rien au cœur.

La fontanelle est incomplètement fermée.

L'examen de la bouche ne fait pas constater de muguet ; mais on s'aperçoit immédiatement qu'il y a du retard dans l'évolution dentaire ; l'enfant n'a que 10 dents ; les deux incisives inférieures latérales manquent.

Le thorax ne présente rien de particulier.

Le malade étant couché, l'examen des membres inférieurs donne les résultats suivants : les deux jambes, mais particulièrement la droite, présentent un peu de genu valgum. Le tibia droit présente une déviation à concavité interne très nette. Sur le tibia gauche, la déviation est bien moins nette et présente une concavité antéro interne. Les membres inférieurs paraissent tassés.

On constate que l'enfant n'est pas atteint d'une vraie paralysie, mais plutôt de parésie, car dans son lit il peut exécuter,

péniblement il est vrai, tous les mouvements. Si fléchissant la cuisse sur le bassin on relève la jambe, cette jambe ne retombe pas dès qu'on cesse de la tenir, comme cela a lieu dans certains cas de paralysie du membre inférieur.

Mais un phénomène qui attire surtout l'attention c'est une mobilité anormale de la jambe droite sur le genou ; cette mobilité est encore bien plus accentuée pour le pied du même côté auquel on peut faire exécuter, en fixant la jambe, un véritable demi-tour sur son axe. Si, même prenant la jambe on lui imprime des mouvements, on a la sensation de deux surfaces se choquant. Nous donnons plus loin l'explication de tout cela.

Les réflexes sont normaux.

Il existe une légère atrophie musculaire.

L'examen de l'enfant debout fait constater qu'il ne peut se servir de sa jambe droite pour marcher ; elle est ballante et réalise bien le type de la jambe dite de polichinelle. Le pied se renverse en dedans lorsqu'il touche terre.

En présence de ces symptômes, M. le professeur Baumel ne partageant pas tout à fait la manière de voir des médecins qui avaient examiné le malade dans sa famille, porta le diagnostic de rachitisme, beaucoup plus rassurant dans ce cas.

Le malade est immédiatement mis au traitement de cette maladie : lactophosphate de chaux, alimentation surveillée, lait.

Les jours suivants on constate que l'enfant remue bien mieux sa jambe droite dans son lit ; les mouvements sont exécutés bien plus facilement qu'à son arrivée à l'hôpital. Mais il ne peut se servir de sa jambe pour marcher. Il y a donc encore de l'impotence fonctionnelle.

Mis au chariot, il ne peut se tenir et s'affaissé.

La jambe droite est toujours ballante.

Le 23 janvier, 15 jours après son entrée à l'hôpital, on

constate une amélioration très sensible dans le membre inférieur droit. L'enfant prend des couleurs ; il est gai, il a perdu son air triste et paraît très intelligent.

1^{er} février. — L'amélioration continue. Le pied est toujours très mobile, mais l'enfant exécute bien mieux les mouvements. Mis au chariot, il se tient debout et on arrive à lui faire faire plusieurs tours dans la salle.

4 février. — L'amélioration est de plus en plus sensible, les mouvements s'exécutent maintenant bien plus facilement et la parésie est très légère. Pour qui a vu l'enfant à son entrée à l'hôpital le résultat est merveilleux.

Nota. — Le médecin traitant était tellement persuadé que l'enfant avait de la paralysie qu'il a depuis écrit à M. le professeur Baumel pour savoir si réellement le jeune André n'avait que du rachitisme et pas de paralysie.

Le diagnostic de rachitisme ne saurait donc ici faire de doute. Le traitement a été une véritable pierre de touche, car, comme dit la vieille sentence hippocratique :

Naturam morborum ostendunt curationes.

Nous voilà donc en présence du cas d'un enfant rachitique qui a été considéré par trois médecins comme atteint de paralysie de la jambe droite venue à la suite d'une fièvre scarlatine. La pâleur de l'enfant, sa bouffissure, pouvaient, jusqu'à un certain point, faire songer à une altération du rein, mais nous n'avons pas trouvé d'albumine dans les urines.

Ceci prouve que le diagnostic du rachitisme des membres n'est pas toujours aussi facile à trouver que le laisseraient croire les descriptions des classiques, et cela alors même que les déformations sont constituées.

Etant donné ce qu'a appris l'observation, certains cas de rachitisme simulent la paralysie : c'est le cas de notre enfant.

Parrot, le premier professeur de clinique pédiatrique en France, a laissé un travail très intéressant mettant bien à jour ces fausses paralysies pouvant simuler les véritables. Mais Parrot a surtout en vue la pseudo-paralysie syphilitique. Pour le grand pédiatre, le rachitisme est toujours une manifestation de la syphilis héréditaire ; partant de là, il en arrive à confondre les pseudo-paralysies rachitiques avec les pseudo-paralysies syphilitiques.

Mais ces manifestations doivent être distinguées, quoique nous retrouvions des actions identiques dans leur production. Dans les deux cas, nous avons des os altérés, syphilitiquement d'un côté, rachitiquement de l'autre. Ces altérations donnent lieu à de la douleur, ce qui fait que les malades immobilisent leur membre pour éviter cette douleur ; donc première conséquence : impotence fonctionnelle. Mais ce n'est pas tout. Nous avons, dans les deux cas, des déformations osseuses et, partant, une situation particulière des muscles et des ligaments. Voyons ce qui se passe dans le cas de rachitisme. Il est facile de comprendre que l'incurvation d'un membre va forcément amener le relâchement des muscles et des tendons ; de plus, les tiraillements, auxquels sont soumis les ligaments par suite de l'incurvation de l'os, vont produire des entorses successives de ces ligaments ; si nous ajoutons à cela l'atrophie musculaire légère, il est vrai qu'elle ne manque jamais de se produire par suite de l'inertie ou du défaut de fonctionnement, nous avons l'explication de ce que les membres rachitiques deviennent parétiques, et de ce que les surfaces articulaires, étant relâchées, pourront s'écarter considérablement, parfois sous l'influence des tractions les plus modérées. Ce que nous venons de dire nous donne l'explication de ce qui se passe chez notre jeune malade. Sa jambe droite, en effet, est mobile et ballante. Mais c'est au pied surtout que ce phénomène est accentué ; ce pied peut subir un véritable demi-tour sur son

axe. Nous avons, en même temps, remarqué, chez notre malade, un léger degré de *genu valgum*. Cette déformation est également consécutive aux déviations des os du membre inférieur, qui modifient forcément les rapports de ces os. Prenons un exemple : dans le rachitisme du fémur avec incurvation interne, le condyle interne est soulevé, l'externe est abaissé, le genou devient, par conséquent, plus interne ; nous avons, en un mot, du *genu valgum*. Cette question du *genu valgum* a donné lieu à bien des discussions, et les théories émises pour expliquer cette déformation sont nombreuses.

Pour notre part, nous ne croyons pas que le *genu valgum* de l'enfant relève d'une autre cause que du rachitisme et, dans ce cas, il est toujours dû, soit à une courbure en dedans du fémur, soit à un gonflement rachitique portant exclusivement sur le condyle interne, soit à ces deux causes à la fois. Ceci revient à dire qu'il n'y a pas lieu d'établir, chez l'enfant, de diagnostic entre le *genu valgum* rachitique et le *genu valgum* que certains auteurs ont décoré d'idiopatique. Nous sommes même persuadé que ces cas de *genu valgum* tardifs, se développant de dix à dix-huit mois, ne sont dus, eux aussi, qu'à un rachitisme partiel tardif. C'est l'opinion exprimée également par MM. Comby et Marfan, dans leur intéressant ouvrage sur les *Maladies des enfants*. On a bien voulu dire que, si le *genu valgum* tardif relevait du rachitisme, les garçons ne seraient pas plus frappés que les filles. Est-ce bien là une raison suffisante ? Nous ne le croyons pas.

Immobilité du membre malade sous l'influence de la douleur, nouveaux rapports des surfaces articulaires, relâchement des ligaments, voilà des conditions éminemment propres à entraver les mouvements et à simuler, par conséquent, la paralysie.

Ces mêmes conditions pourront se trouver dans l'os altéré syphilitiquement, mais il ne s'en suit pas que la pseudo-para-

lysie syphilitique doit être confondue avec la pseudo-paralysie rachitique.

Dans le rhumatisme, nous avons de la douleur et consécutivement de l'impotence fonctionnelle, par suite de la contraction musculaire qui se produit pour immobiliser le membre atteint. Dirons-nous que nous avons affaire à une pseudo-paralysie syphilitique ? Certes non. Dans l'hydarthrose, nous avons aussi le relâchement des ligaments et partant des jambes ballantes. Nous ne songerons cependant nullement à une pseudo-paralysie syphilitique.

Parrot est donc dans l'erreur, dominé qu'il est par la coexistence, dans le milieu où il exerçait, du rachitisme et de la syphilis héréditaire. Evidemment la dystrophie syphilitique peut prédisposer au rachitisme, mais ne confondons pas ces pseudo-paralysies syphilitiques et rachitiques, tout en reconnaissant l'identité du mécanisme de leur production.

Une étude attentive des lésions rachitiques et syphilitiques nous indiquent que ces lésions diffèrent par plus d'un point. Fournier et Lannelongue nous ont donné, à ce sujet, d'excellents travaux. Ils ont montré que la syphilis congénitale produit plutôt de l'os tandis que le rachitisme produit du cartilage. Dans la syphilis héréditaire l'épaississement de l'extrémité de la diaphyse des os longs, est plus étendu et plus diffus que dans le rachitisme. La syphilis produit de plus des lésions osseuses destructives aboutissant au décollement épiphysaire et à la formation d'abcès. Les différences sont surtout marquées pour le tibia. « Le tibia syphilitique ou de Lannelongue paraît dévié, mais il n'est que gonflé, bosselé, inégal, déformé par le dépôt de couches ostéophytiques et des gommes. Le tibia rachitique, au contraire, convexe en avant, concave en arrière, aplati sur les côtés, est véritablement dévié dans son axe ; il a la forme d'une lame de sabre de cavalerie. » Enfin, nous trouverons encore dans les stigmates oculaires, auriculaires,

dentaires, des moyens de diagnostic entre les enfants atteints de pseudo paralysies syphilitiques et ceux atteints de pseudo-paralysies rachitiques.

Nous avons, dans ces conditions particulières des membres que nous venons d'étudier : déviation, relâchements ligamentaires, douleur, produisant de l'impotence fonctionnelle et ces membres ballants, les raisons qui nous montrent pourquoi, dans certains cas, on a pu prendre ces pseudo-paralysies pour de véritables paralysies. C'est ce qui est arrivé pour notre malade. Les trois médecins, en présence du jeune André, tout en reconnaissant qu'il existait un peu de rachitisme, n'ont pu se défendre de l'idée d'une paralysie. Evidemment, l'impossibilité de l'enfant de se tenir debout, sa jambe droite ballante, tout cela ressemble singulièrement à une paralysie flasque.

Mais, signe précieux de diagnostic, lorsque le jeune malade était couché, nous avons pu, le jour de son entrée même, lui faire exécuter, péniblement il est vrai, des mouvements. De plus, lorsque fléchissant la cuisse sur le bassin, nous avons relevé la jambe, elle n'est pas retombée immédiatement : l'enfant pouvait, avec beaucoup de difficulté, la tenir un instant dans cette position. Nous avons donc affaire à une parésie plutôt qu'à une paralysie ; nous avons, en un mot, une pseudo-paralysie rachitique.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance qu'il y a, lorsqu'un enfant refuse de marcher, ne peut se tenir sur ses jambes, à constater si, couché, il peut exécuter des mouvements. C'est un des meilleurs moyens pour distinguer la pseudo-paralysie rachitique de la vraie paralysie, dans laquelle les mouvements ne s'exécutent pas plus lorsque l'enfant est couché que lorsqu'il est levé. De plus, dans la paralysie véritable, lorsque fléchissant la cuisse sur le bassin, on élève la jambe ; cette jambe retombe immédiatement sur la main.

Ces signes nous permettront donc de ne pas confondre une

pseudo-paralysie rachitique avec une paralysie vraie et surtout avec la paralysie infantile qu'il faut bien se garder de méconnaître. C'est en effet avec la paralysie infantile que l'on a le plus souvent confondu la pseudo-paralysie rachitique. Cependant, dans la marche de cette maladie, nous avons des éléments suffisants pour ne pas commettre d'erreur. Dans ce cas-là, en effet, un enfant, après 24 ou 48 heures de fièvre, convulsions, malaise général, est pris d'une paralysie revêtant, le plus souvent, la forme de paraplégie ou de monoplégie. Ici la paralysie est complète ; l'enfant ne peut faire exécuter aucun mouvement aux membres paralysés ; puis, à cette phase en succède une deuxième dans laquelle la paralysie, se localisant sur certains muscles, produit leur atrophie. Enfin, dans la paralysie infantile, nous avons une diminution des réflexes.

Il y a une erreur qui a été quelquefois commise, c'est de prendre pour une paralysie l'impotence fonctionnelle résultant de la fracture d'un de ces os rachitiques longs et grêles, fractures se produisant avec une telle facilité que rien ne peut y faire songer. M. le professeur Baumel nous citait le cas d'une enfant rachitique dont l'humérus s'était fracturé simplement parce qu'on avait pris cette enfant par les bras pour la descendre d'une voiture. Il suffit d'être averti de ce cas pour ne pas commettre d'erreur.

Nous arrivons à présent à des cas qui ont fait tromper beaucoup de praticiens. Voici généralement comment l'erreur est commise :

Un enfant, qui depuis quelque temps marchait, ne peut depuis quelques jours se tenir sur ses jambes ; il refuse de jouer, il est triste, mâchonne, grince des dents ; mis dans son lit il a beaucoup de peine à mouvoir ses jambes. Vous ne trouverez pas étrange qu'en présence de ces symptômes, le médecin pense au rachitisme. Cependant les jours se passent ; l'enfant revient à la santé en peu de temps et de rachitisme point. Mais

ce à quoi l'on n'aura pas pris garde ou, du moins, ce à quoi l'on n'aura attaché aucune importance, c'est que l'enfant à ce moment-là a précisément mis une dent et que les phénomènes de parésie ont cédé avec la sortie de la dent.

Oui, il existe, quoiqu'en aient dit certains cliniciens, une pseudo-paralysie liée à l'évolution dentaire.

Nous ne saurions trop attirer l'attention sur le rôle, malheureusement ignoré de beaucoup, joué par les dents. Si nous insistons, c'est que notre maître distingué, M. le professeur Baumel ne cesse en maintes circonstances d'attribuer à l'évolution dentaire une influence qu'il faut lui reconnaître tellement elle est manifeste, évidente.

Certains objectent que l'évolution dentaire est un phénomène physiologique et ne doit pas donner lieu à d'accidents. L'accouchement aussi est un phénomène physiologique et cependant combien de fois n'est-il pas accompagné d'accidents parfois redoutables ?

Ces troubles que vous mettez sur le compte de l'évolution dentaire, ajoutent ces contradicteurs, se rapportent soit au sevrage, à l'alimentation défectueuse, à des soins insuffisants. « Cependant, dit Variot, dans sa traduction du livre du docteur anglais Henoeh Goodhard, lorsqu'on voit des enfants dont l'alimentation est parfaite, tenus très proprement, bien protégés contre le froid, ne présentant aucune manifestation de rachitisme, être atteints de diarrhée cédant après la percée d'une dent, de toux coquelucheïde dans les mêmes conditions, ou de convulsions éphémères, on a une grande tendance à incriminer l'évolution dentaire. Pourquoi ne pas admettre, avec Henoeh Goodhard et d'autres, que des troubles fonctionnels réflexes du côté des divers organes peuvent se montrer, en ayant égard à l'excitabilité extrême du système nerveux des enfants. On voit d'ailleurs des enfants qui sont pris de troubles nerveux chaque fois qu'ils percent une dent. »

L'irritation continuelle produite par la sortie d'une dent sur le trijumeau, transmise à travers les faisceaux de la moelle jusqu'au bulbe, exerce sur les noyaux bulbaires une action tantôt excitante (convulsions), tantôt inhibitive, c'est le cas dans les paralysies liées à l'évolution dentaire. Nous sommes absolument de l'avis de Politzer, qui écrivait en 1874 : « Il y aura danger pour les enfants tant que l'idée de dentition périlleuse n'aura pas disparu de la pathologie. » Nous sommes donc certain de l'existence de ces pseudo-paralysies des membres inférieurs d'origine dentaire.

On conçoit, dans ce cas, combien le rôle du médecin est simple et encourageant, quel soulagement il apporte dans l'esprit des parents éplorés ; mais on conçoit aussi combien peut être préjudiciable, au point de vue moral, pour le clinicien, la non-connaissance de ces cas.

Nous avons eu dernièrement la bonne fortune de constater, très nettement, chez un jeune garçon, l'existence d'une pseudo-paralysie liée à l'évolution dentaire,

Observation VIII

Consultations externes et Clinique des maladies des enfants

(Service de M. le professeur Baumel)

René Car..., 2 ans 1½, est amené à la consultation externe le 1^{er} février.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant a été élevé au sein jusqu'à l'âge de 7 mois ½. L'alimentation ne semble pas avoir été défectueuse.

A eu de l'impétigo du cuir chevelu à l'âge de 10 mois.

Pas d'autres maladies antérieures.

Depuis 8 jours, l'enfant mène bien, grâce des dents et a cessé de marcher.

Examen. — Les gencives sont rouges tuméfiées et les deux dernières molaires supérieures pointent au niveau des gencives.

L'évolution dentaire n'est pas en retard.

La fontanelle bregmatique est fermée.

Le thorax ne présente absolument aucune déformation.

Les membres sont sains.

Mis à terre, l'enfant ne peut se tenir debout et s'affaisse ; les membres inférieurs ne peuvent exécuter aucun mouvement lorsque l'enfant est debout. Couché, il peut faire de très légers mouvements. M. Grégoire, interne, chargé de la consultation, pensa immédiatement à une parésie des membres inférieurs liée à l'évolution dentaire et ordonna de l'eau de lactophosphate de chaux pour favoriser la sortie des dents.

Le 5 février, je vais prendre des nouvelles de l'enfant. Aucune déformation n'est apparue et l'enfant commence à bien marcher. Les deux dernières molaires sont, à présent, tout à fait sorties.

Cette impotence des membres inférieurs chez cet enfant, disparaissant après la sortie des dents, ne pouvait donc être rattachée qu'à l'évolution dentaire, surtout en l'absence de tout autre symptôme de rachitisme.

2° Diagnostic du Rachitisme dans ses manifestations sur le thorax et la colonne vertébrale

Quand le rachitisme se présente au thorax avec son cortège complet de déformations, il est absolument impossible de le méconnaître ou de le confondre avec tout autre état morbide. Qu'un enfant présente un enfoncement des côtes à partir de la troisième jusqu'à la neuvième ; qu'au contraire, les dernières

côtes soient élargies pour loger les viscères abdominaux refoulés par les précédentes ; que le sternum, projeté en avant, donne à la poitrine l'apparence d'une carène de vaisseau ; qu'il existe des nodosités au niveau des articulations chondro-costales ; qu'à tout ceci, s'ajoutent des déviations de la colonne vertébrale, on ne saurait se méprendre sur la nature de ces déformations. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Au thorax comme aux membres, le rachitisme est souvent localisé et peut-être assez peu prononcé pour demander à être recherché avec le plus grand soin. Ces formes partielles de rachitisme sont en outre très souvent confondues avec d'autres affections.

Le rachitisme, au lieu de déterminer un enfoncement de toutes les côtes, de la troisième jusqu'à la neuvième, et cela des deux côtés du thorax, ne frappe souvent qu'un côté, et peut même n'intéresser qu'un nombre très limité de côtes ; dans ce dernier cas, la déformation qui en résulte est quelquefois tellement peu appréciable qu'elle demande un examen très attentif pour ne pas passer inaperçue.

Il y a présentement dans le service de notre Maître, M. le Professeur Baumel, un jeune enfant atteint de ce rachitisme thoracique très localisé. Il fera le sujet de l'observation suivante :

Observation IX

Clinique des Maladies des Enfants.

(Service de M. le prof. Baumel)

Charles Lav..., 3 ans 1/2, couché au n° 2 de la salle des garçons.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère atteinte d'une affection pulmonaire, de nature bacillaire très probablement.

Antécédents personnels. — L'enfant a été élevé au sein ; mais, dès les premiers mois, on lui a donné des potages et des soupes au lait. L'évolution dentaire a été considérablement retardée. L'enfant n'a mis ses premières dents qu'à l'âge de onze mois. Il n'a marché qu'à l'âge de deux ans, et encore à ce moment-là, ne pouvait-il faire que quelques pas.

Le jeune Charles Lav... est entré à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Baumel, le 5 janvier 1899, pour une affection pulmonaire, dont le début remonte à une huitaine de jours.

Examen. — La percussion fait percevoir quelques points de matité dans les deux poumons. A l'auscultation, on entend dans les deux poumons des râles ronflants et sibilants avec quelques râles sous-crépitants qui dénotent de la broncho-pneumonie. Mais une particularité, qui a immédiatement attiré l'attention de M. le professeur Baumel, c'est une dépression siégeant sur la partie latérale gauche du thorax, au niveau des deux ou trois dernières vraies côtes. Cette dépression est peu marquée.

On cherche si on ne trouve pas d'autres stigmates rachitiques.

La tête ne présente rien de particulier.

Le thorax, outre la déformation signalée, ne nous montre aucune autre particularité.

Aux jambes, il y a une très légère courbure du tibia droit, à concavité interne.

La découverte de ce rachitisme thoracique a été, chez cet enfant, une surprise d'examen, si je puis m'exprimer ainsi, puisqu'il est entré à l'hôpital pour une affection toute différente. M. le professeur Baumel, avec la grande habitude qu'il a des enfants, s'est immédiatement aperçu de la déformation dont est affecté le jeune malade ; mais cette déformation était tellement limitée, tellement légère, qu'elle aurait très bien pu

ne pas attirer l'attention d'autres peu versés dans la pratique de la pédiatrie.

Chez le jeune Charles Lav..., le rachitisme s'est localisé sur les dernières vraies côtes. Il en est presque toujours ainsi dans les cas de rachitisme peu étendu des côtes ; c'est là le lieu d'élection de la maladie.

La grande erreur, que beaucoup de médecins ont commise, c'est de prendre un aplatissement d'un côté ou d'une partie d'un côté du thorax, dû à une pleurésie, pour du rachitisme. Cette déformation est, parmi les complications tardives de la pleurésie, une des plus fréquentes : « Les néo-membranes, dit M. le professeur Baumel, dans ses *Leçons Cliniques sur les Maladies des Enfants*, apportent une gêne plus ou moins grande au développement du poumon. Engainé par ces productions conjonctives, cet organe ne peut aller de toute part au contact de la paroi thoracique. Aussi, par suite de la grande puissance du tissu rétractile nodulaire, observe-t-on, très souvent, même longtemps, après la pleurésie, comme conséquence de la rétraction pulmonaire et du vide pleural qui en résulte, un aplatissement plus ou moins grand de la paroi costale du côté malade. Les côtes, obéissant à la pression atmosphérique et tendant à combler le vide qui existe entre elles et le poumon retenu dans la gouttière costo-vertébrale, éprouvent un mouvement de retrait vers le thorax. La déformation se traduit par un *aplatissement partiel ou dans son ensemble* du côté correspondant du thorax, véritable méplat plus ou moins considérable. » Et M. le professeur Baumel cite le cas d'une malade entrée à l'ancien Hôtel-Dieu Saint-Éloi en 1888, alors que le savant professeur de pédiatrie suppléait le professeur Castan. « Cette malade, ajoute-t-il, en raison de son albuminurie et de son état cardiaque, nous faisait demander si nous étions en présence d'un rein cardiaque ou d'un foie rénal. Au moment où j'allais l'ausculter, je constatai l'existence d'un méplat occupant, en arrière,

tout le côté gauche du thorax. Interrogée sur ses maladies antérieures, cette femme, actuellement âgée de 50 ans, nous apprend qu'il y a 30 ans environ, elle a eu une pleurésie. Il existe d'ailleurs, à gauche, de la diminution du murmure vésiculaire, de la submatité ; de la sonorité, au contraire, dans tout le côté droit. »

Ces déformations thoraciques, suites de la pleurésie, si fréquentes dans le jeune âge, pouvons-nous les différencier du rachitisme partiel thoracique ? Certainement. Alors que la déformation pleurétique est plutôt un méplat, la déformation rachitique est une véritable dépression. En outre, les commémoratifs lèveront tous les doutes.

Le gros ventre, le carreau, ont quelquefois pu prêter à la confusion avec le rachitisme. Mais, avant d'indiquer dans quelles conditions on a pu commettre l'erreur dans ce cas, hâtons-nous de dire que, presque toujours, le rachitisme n'est en sorte que le corollaire de ces deux affections. M. le professeur Baumel a été un des premiers à faire du rachitisme une conséquence presque forcée du gros ventre lié à la gastro-entérite, si fréquente chez les enfants par suite de l'alimentation défectueuse. Après avoir rencontré beaucoup de contradicteurs, cette manière de voir est aujourd'hui à peu près universellement admise.

Cependant, il est des cas, bien rares il est vrai, où le rachitisme n'est pas accompagné de gros ventre.

Supposons un enfant atteint de gros ventre et consécutivement d'un rachitisme limité aux dernières côtes. Sous l'influence du volume considérable de l'intestin dilaté, du foie et de la rate, ces dernières côtes vont se laisser soulever par suite de la mollesse et de la flexibilité dont le rachitisme les aura frappées. Ces dernières côtes distendues formeront alors avec l'abdomen, également distendu, une saillie globuleuse. On pourrait, dans ce cas, méconnaître le rachitisme et ne voir

dans cet état pathologique que du gros ventre. Dans cette circonstance, un excellent moyen pour déceler le rachitisme thoracique limité aux côtes inférieures consiste à prendre ces côtes avec les doigts et à essayer de leur imprimer des mouvements. On constate immédiatement qu'elles jouissent d'une mobilité absolument anormale. Nous avons eu l'occasion dernièrement de constater cela sur un jeune enfant dont nous allons relater l'observation.

Observation X

Consultations externes et Clinique des maladies des enfants
(Service de M. le professeur Baumel)

Henri L..., 3 ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère atteinte de rachitisme des membres inférieurs.

Antécédents personnels. — Nourri au sein ; mais, de bonne heure, l'allaitement naturel a été complété par le lait de vache et des soupes. Les conditions hygiéniques ont été des plus mauvaises, l'enfant a été élevé dans un réduit obscur et humide. Il n'a marché qu'à 2 ans. Il a eu la diarrhée verte à l'âge de 15 mois.

Le jeune Henri est amené à la consultation parce que sa mère a remarqué que son ventre avait considérablement grossi.

Examen. — L'enfant ne présente encore que 18 dents. La fontanelle n'est pas encore fermée.

Mais ce qui frappe, c'est un ventre volumineux formant un globe énorme.

A première vue, on ne constate rien de bien anormal du côté du thorax ; mais, avec un peu d'attention, on constate que les dernières côtes sont très soulevées et contribuent à former le globe en question. Ces côtes, on peut facilement leur imprimer des mouvements en les saisissant entre les doigts.

Lorsque la poitrine est resserrée à la partie moyenne, les viscères abdominaux sont refoulés en bas et en avant par le thorax retréci. Le ventre devient globuleux et pourrait en imposer pour du carreau qui n'existe pas. Mais, dans ce cas-là, si, par suite de ce que les rachitiques étant presque toujours des gros mangeurs, « des affamés », l'intestin est dilaté comme dans le vrai gros ventre, en revanche, le foie et la rate sont rarement augmentés de volume. Il est, cependant, certains cas de rachitisme thoracique sans carreau où, par suite de la gêne de la respiration et de la circulation pulmonaire, nous avons une dilatation du cœur droit et, consécutivement, une augmentation de volume du foie, un foie cardiaque. Ajoutons qu'on ne trouve pas, dans le rachitisme, ces points de matité correspondant à des ganglions hypertrophiés que l'on trouve parfois dans le gros ventre ou le carreau.

Mais, encore une fois, gros ventre et rachitisme sont le plus souvent associés et il est parfois difficile de faire, parmi les lésions la part qui revient à l'une ou l'autre de ces maladies.

La colonne vertébrale n'est pas très souvent atteinte par le rachitisme ; sur cette partie du squelette la maladie se manifeste par des déviations : lordose, cyphose et scoliose, dont il faut établir le diagnostic avec certaines autres affections.

La cyphose est la plus fréquente des déviations rachitiques de la colonne vertébrale.

Le mal de Pott, par un mécanisme qu'il est inutile de rappeler ici, amène souvent une gibbosité ressemblant à la cyphose. Pouons-nous distinguer ces deux déformations l'une de l'autre ?

La gibbosité rachitique est à grand rayon ; la gibbosité pottique, au contraire, est angulaire et à sommet aigu. Mais il n'y a rien d'absolu. La courbe pottique est parfois plus ou moins allongée, analogue à la cyphose. Mais, sur le trajet de cette courbe, on trouve, presque toujours, une ou plusieurs saillies

irrégulières. De plus, il existe dans le cas de gibbosité pottique une douleur locale à la pression, des irradiations douloureuses périphériques, des abcès par congestion, des troubles de la motilité et de la sensibilité dans les membres inférieurs.

La scoliose rachitique sera distinguée, par les mêmes caractères que précédemment, d'une déviation latérale du rachis consécutive à un mal de Pott. Comme dans les cas de cyphose, le diagnostic est parfois difficile. Marfan cite, à ce sujet, une jeune fille de 14 ans, portant une scoliose à convexité droite aussi saillante que dans le cas de mal de Pott, si saillante même que le thorax était horriblement déformé et la respiration entravée. Cette jeune fille avait été manifestement rachitique dans la première enfance.

La scoliose rachitique ne devra pas être confondue avec la déformation reconnaissant une pleurésie pour point de départ. Nous avons expliqué comment, à la suite de la pleurésie, il pouvait résulter un aplatissement partiel ou dans son ensemble d'un côté du thorax ; cet aplatissement entraîne le plus souvent, comme conséquence, une déviation de la colonne vertébrale du côté sain. Cette déviation ne diffère pas sensiblement de celle qui résulte du rachitisme. Mais, en s'appuyant sur les commémoratifs, sur la présence d'autres symptômes, on arrivera facilement à ne pas commettre d'erreur.

Enfin, il nous reste à parler du diagnostic différentiel entre la scoliose rachitique et cette scoliose appelée idiopathique se développant de 10 à 15 ans. Les théories ne manquent pas pour expliquer cette scoliose tardive : théorie musculaire, théorie ligamenteuse, théorie osseuse. Nous croyons, avec Comby et beaucoup d'autres, que toutes ces théories sont hypothétiques et que la scoliose des adolescents n'est, comme le genu valgum tardif, qu'une manifestation partielle du rachitisme à début tardif. On objecte que les filles sont surtout frappées, ce qui ne devrait pas être s'il s'agit de rachitisme.

Cependant ne pourrait-il pas y avoir dans la manière de vivre de la jeune fille, différente de celle du garçon, dans les professions auxquelles elle se livre, quelque chose qui créerait sur la colonne vertébrale un *locus minoris resistentiæ* qui appellerait là le rachitisme ? Ne trouverait-on pas dans le port trop précoce du corset, dans les mauvaises attitudes à l'école et surtout dans les attitudes au travail (couturières, etc.), la raison de ce que ce rachitisme tardif frappe surtout le sexe féminin ? Il y aurait, il nous semble, quelques recherches à faire à ce point de vue.

Dans tous les cas, nous avons eu l'occasion de constater une scoliose à début tardif chez une jeune fille manifestement rachitique dans le jeune âge.

Observation XI

Consultations externes et Clinique des Maladies des enfants
(Service de M. le professeur Baumié)

Joséphine P..., 12 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — A. présenté un retard considérable dans l'évolution dentaire. N'a marché que très tard.

Depuis quelque temps, la mère a remarqué que son enfant présentait une déviation de la colonne vertébrale. Cela aurait débuté il y a 2 mois.

Examen. — Signes très nets de rachitisme.

Les tibias sont fortement incurvés et présentent des nodosités à leurs deux extrémités. Les déformations remontent à l'âge de 2 ans 1/2, au dire de la mère. La colonne vertébrale est déviée par une scoliose dorso-lombaire très nette.

Pourquoi cette scoliose, se manifestant à l'âge de 12 ans chez cette jeune fille, ne serait-elle pas de même nature que les

déformations rachitiques qui l'ont frappée à 2 ans 1/2 ?

Quant à la lordose due à un mal de Pott, elle sera distinguée de la lordose rachitique par les caractères dont nous avons déjà parlé, c'est-à-dire par la présence d'une saillie angulaire, par la douleur locale à la pression, les abcès, les troubles de la motilité et de la sensibilité dans les membres inférieurs.

3° Diagnostic des manifestations céphaliques du rachitisme

Dans sa Clinique du 31 janvier 1899, M. le professeur Baumel nous citait le cas d'un enfant considéré comme hydrocéphale par son médecin traitant alors qu'il était affecté de rachitisme céphalique. C'est là une erreur qui est bien souvent commise. En présence de ces enfants à tête volumineuse, paraissant énorme comparée au reste du corps, dont les fontanelles sont largement ouvertes, dont les sutures sont perceptibles sous forme de gouttières ; si d'autre part ces enfants ne présentent aucune autre manifestation rachitique, on ne peut se défendre de l'idée d'hydrocéphalie. Cependant l'erreur est facile à éviter pour qui veut se donner la peine d'examiner attentivement.

L'hydrocéphalie étant due à une accumulation de liquide dans le crâne, il est facile de comprendre que ce liquide écarte les parois osseuses, élargit les fontanelles et que, par conséquent le développement du crâne se fera dans toutes les directions ; la tête de l'enfant prendra, en conséquence, la forme d'une pyramide renversée. Dans le rachitisme, au contraire, l'augmentation ne porte pas sur tous les diamètres ; c'est l'antéro-postérieur, surtout, qui est augmenté : les bosses pariétales font saillie en avant, souvent plus d'un côté que de l'autre. Ces nuances nous l'avouons, ne sont pas toujours faciles à saisir.

Bouchut indique deux signes diagnostiques que nous avons rarement trouvés. Le premier est l'existence d'un souffle qu'on entend généralement sur la grande fontanelle dans les cas de rachitisme. Beaucoup d'auteurs estiment que ce signe n'est pas absolu et peut exister dans l'hydrocéphalie. Le second signe est donné par l'examen ophtalmoscopique. Dans les cas d'hydrocéphalie, les veines de la rétine seraient dilatées, sinueuses ; la pupille serait même, dans certains cas, atrophiée. Pas plus que le précédent ce signe n'est constant et n'a rien de pathognomonique.

Mais il est deux symptômes beaucoup plus importants qui permettent de diagnostiquer sûrement le rachitisme de l'hydrocéphalie.

« Dans les cas d'hydrocéphalie, dit Trousseau, l'épanchement séreux intra-ventriculaire, cause des dimensions exagérées du crâne, avant d'amener l'écartement des parois osseuses, a commencé par comprimer la masse cérébrale pour en effacer les circonvolutions, de telle sorte que le cerveau est en somme celui d'un microcéphale. D'où hébétude, imbecilité ».

Les pauvres petits êtres atteints d'hydrocéphalie vivent d'une vie toute végétative ; leur intelligence ne peut s'élever même à la connaissance des personnes qui leur prodiguent des soins. Leurs yeux éteints n'expriment que l'hébétude.

Chez le rachitique, au contraire, le cerveau n'a subi aucune altération ; l'intelligence est absolument intacte ; elle est même, dans bien des cas, supérieure à celles des enfants de leur âge : « *præmaturò ingenii acumine et sensuum sensero exercitio a coætânis distinguuntur* ».

Tout dans le rachitique indique un développement avancé des facultés intellectuelles : leur physionomie sur laquelle on lit la souffrance et la tristesse ; leur regard semblant demander des soulagements à leurs maux ; leur parler par lequel ils

tiennent des raisonnements qu'on ne s'attendrait pas à trouver chez des enfants de cet âge.

Il est un autre signe, que nous n'avons vu mentionner nulle part dans les auteurs, et qui est un excellent moyen d'établir le diagnostic différentiel entre l'hydrocéphalie et le rachitisme céphalique.

Si, chez un enfant atteint d'hydrocéphalie, nous touchons avec le doigt la fontanelle antérieure ou les sutures non fermées, nous avons nettement la sensation d'une tension intracérébrale très grande ; de plus, on a souvent, au niveau de la fontanelle ou des sutures, une véritable saillie de ces parties molles, phénomène dû à l'accumulation du liquide dans la boîte crânienne. Dans le rachitisme, au contraire, les parties molles ne forment jamais de saillie ; elles se présentent souvent même sous la forme de dépressions ; le doigt ne trouve pas de tension et constate que fontanelle et sutures sont très dépressibles (Baumel).

Tous ces signes nous permettront de ne pas confondre le rachitisme avec l'hydrocéphalie, erreur des plus regrettables, car le pronostic est absolument différent dans les deux cas. Il y a un abîme entre l'avenir de ces pauvres hydrocéphales, idiots et voués à une mort certaine dans un délai plus ou moins rapproché et celui des rachitiques, dont l'intelligence ne subira absolument aucune atteinte et qui, avec un traitement bien dirigé, guériront à peu près certainement.

Dans l'observation suivante, nous trouverons réunies toutes les indications que nous avons données comme permettant de ne pas confondre le rachitisme cérébral avec l'hydrocéphalie.

Observation XII

Consultations externes et Clinique des maladies des enfants
(Service de M. le professeur Baumel)

Madeleine Blan..., 2 ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A été élevée au biberon ; de très bonne heure on lui a donné des soupes. Les dents n'ont commencé à sortir qu'à 12 mois.

Elle ne marche que depuis un mois.

Depuis trois semaines, elle tousse et a mal aux yeux.

Examen. — Signes de bronchite en arrière et des deux côtés.

Mais ce qui frappe, c'est une tête énorme par rapport au reste du corps. Le front présente des traînées veineuses bleuâtres très apparentes. Au premier aspect, on croirait avoir affaire à une hydrocéphale.

La tête est surtout allongée dans le sens du diamètre antéro-postérieur.

La fontanelle est très largement ouverte et encadre absolument le pouce. Cette fontanelle ne forme pas saillie et est très nettement dépressible ; on entend, à son niveau, un léger souffle.

Le thorax présente des signes manifestes de rachitisme ; le sternum est très proéminent ; les côtes sont aplaties et il existe du chapelet rachitique.

Les membres inférieurs présentent très nettement du genu valgum et des courbures du tibia.

L'enfant paraît très intelligente ; elle rit, s'amuse ; elle commence à parler. La mère nous fait même remarquer qu'elle est bien plus intelligente que sa sœur, qui a trois ans et demi et qui a été également amenée à la consultation.

Cette enfant est donc atteinte de rachitisme céphalique, d'ailleurs parfaitement confirmé par les autres manifestations de cette maladie sur le thorax et les membres. Ce rachitisme céphalique possède tous les signes essentiels permettant de le diagnostiquer d'avec l'hydrocéphalie. Volume de la tête surtout augmenté dans le sens du diamètre antéro-postérieur, fontanelle dépressible et non saillante, souffle au niveau du bregma, intelligence absolument normale.

CONCLUSIONS

Elles se dégagent aisément de ce travail et peuvent être formulées ainsi :

1° Le Rachitisme, maladie très fréquente chez les enfants, se présente souvent à l'état latent sous forme de persistance de la fontanelle bregmatique, de retard dans l'évolution dentaire, de mauvais état des dents.

2° Il y a des formes légères de Rachitisme où les déformations sont tellement insignifiantes qu'elles pourraient passer inaperçues d'un observateur inexpérimenté ou inattentif.

3° Le Rachitisme peut prêter à la confusion avec certains états pathologiques : paralysie (surtout la paralysie infantile) pseudo-paralysie syphilitique, pseudo-paralysie d'origine dentaire, hydrocéphalie, mal de Pott, pleurésie, déviations du rachis.

4° Le clinicien a toujours des moyens de diagnostic suffisants pour éviter ces erreurs.

5° Il est de la plus haute importance pour le médecin de savoir, d'une part, reconnaître les formes frustes et atténuées du Rachitisme, d'autre part, de ne pas confondre le Rachitisme

avec d'autres maladies. Dans le premier cas, par une thérapeutique appropriée, il évitera à ces pauvres petits êtres, dont l'entrée dans la vie est marquée par la souffrance, des déformations qui pourraient les rendre incapables de gagner leur vie et inutiles à la Société. Dans le second cas, il pourra empêcher des désordres plus considérables que ceux qui existent et évitera le préjudice moral que cause toujours aux praticiens une erreur flagrante de diagnostic.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 24 janvier 1899.

Le Recteur :

ANT. BENOIST.

Vu

Montpellier, le 24 janvier 1899.

Le Doyen :

L. VIALLETON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. ASSADAT. — Rachitisme et syphilis osseuse (Thèse, Lyon, 1886).
2. BAGINSKI. — Zur pathologie der Rachitis (Arch. f. Kinderh, 1881).
3. BAUMEL. — Rachitisme (*in* Leçons cliniques des maladies des enfants, 1893).
4. BAUMEL. — Pleurésie (*in* Leçons cliniques des maladie des enfants, 1893).
5. BEYLARD. — Du Rachitisme, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie (Thèse, Paris 1852).
6. BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition, Paris 1882.
7. BOUCHUT. — Gazette des hôpitaux, Paris 1858.
8. COMBY. — Du Rachitisme, Paris 1892.
— Traité des Maladies de l'Enfance, 1893.
9. CASTAGNE. — Du Rachitisme (Thèse, Paris 1847).
10. D'ESPINE et PICOT. — Traité des maladies des Enfants, 1884.
11. FILATOW. — Maladies de l'Enfance, Paris 1898.
12. GLISSON. — De rachitide in morbo puerile, qui vulgo the rickets dicitur, tractatur, Londini 1650.
13. GUÉRIN. — Recherches sur le Rachitisme des enfants (Gazette médicale de Paris; 1834-1839).
14. LANNELONGUE. — Art. Rachitisme (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1881).
15. NICATI. — Lésions dentaires des Rachitiques (Revue mensuelle, 1879).
16. PARROT. — La syphilis héréditaire et le rachitisme (Progrès médical, 1880).

17. RUFZ. — Recherches sur le rachitisme chez les enfants (Gaz. médicale de Paris, 1835).
 18. TRIPIER. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, (art. Rachitisme).
 19. TROUSSEAU. — Du Rachitisme. (Gaz. des Hôpit., Paris, 1848-51).
— Cliniques Médicales de l'Hôtel-Dieu, 5^e édition, 1877.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
